

Psikiyatri Pratiginde Hatalı Uygulamalar

Cem İLNEM*, Müjen İLNEM**

ÖZET

Günümüzde çağdaş medikal ve psikiyatrik uygulamaların çoğu istenmeyen klinik sonuç olasılığı gözüyle izlenmektedir; bunun doğal sonucu da adli davalar sürecidir. Aleyhte sonlanmasa bile mesleki sorumluluğu nedeniyle bir hekime karşı açılan dava; serbest çalışma ortamı açısından ekonomik kayıp, iş sigortasında artış, toplumsal ve mesleki damgalanma, emosyonel stres ve performans kaybına neden olabilmektedir. Eğer dava aleyhte sonlansa, profesyonel lisansın geri alınması, bağlı olduğu tabip odası üyeliğinin iptali, hastane işletme haklarının kaybı, maddi kayıp ve hatta iflas görülebilmektedir. Bu yazıda psikiyatrik malpraktisin bazı önemli elemanlarından sözedilecek, psikiyatristlerin en çok dava edilme konuları ve mesleki sorumlulukları ile alınması gerekli önlemler tartışılacaktır.

Anahtar kelimeler: Psikiyatride hatalı uygulama, özkıym ve özkıym girişimi, psikofarmakoloji, önlem

Düşünen Adam; 1999, 12 (4): 4-15

SUMMARY

Much of contemporary medical and psychiatric practice is guided with an eye to the possibility of an adverse clinical outcome, with its attendant legal consequences. Today, a lawsuit against the physician for professional liability, even if unsuccessful, can result in disruption and harm to one's private practice on increase in the cost of liability insurance, social and professional stigma, and considerable emotional distress and dysfunction. If successful, a suit can be the initial step in revocation of professional license, ejection from membership in professional societies, loss of hospital privileges, or personal financial loss, even bankruptcy. This paper will review some of the important elements in psychiatric malpractice, discuss several of the most significant areas of litigation for the psychiatrists, and highlight several principles of professional liability prevention.

Key words: Psychiatric malpractice, suicide and parasuicide, psychopharmacology, prevention

GİRİŞ

Kimi ülkelerde sağliksal yanlış uygulamalar ile ilgili davalar giderek artış göstermekte ve Ulusal Tıp Kuruluşları bu sorunla başedebilmek için çeşitli yollar aramaktadır. Kimi ülkelerde ise medikal malpraktis iddiaları seyrek olarak gündeme gelmektedir, fakat bu ülkelerdeki Tabip Birliklerinin de doktorlara karşı suçlamaların artmasıyla sonuçlanabilecek yayınlara ve olaylara karşı tetikte olmaları gerekmektedir.

Dünya Tıp Birliği'nin Eylül 1992'de İspanya, Marbella'da düzenlediği 44. Kongresi'nde yayınlanan bir bildirme ile ulusal tıbbi kuruluşların medikal malpraktis ile ilgili yayın ve bazı gerçeklerden haberdar edilmesi amaçlanmıştır.

Her ülkedeki yasaların, geleneklerin, ekonomik durumun farklı olması bildirgenin geçerliğini etkilese de, Dünya Tıp Birliği, tüm ulusal tıbbi kuruluşların bu bildirgeyi dikkate alması gerektiğine inanmaktadır (1).

*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastahkları Hastanesi 7. Psikiyatri Kliniği, **Şişli Etfal Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi

MEDİKAL MALPRAKTİS ÜZERİNE BİLDİRGE

1. Sağlıksal yanlış uygulamalar üzerine davaların artması aşağıdaki durumların biri veya birkaçının sonucu oluşabilir.

- Tıbbi bilgi ve teknolojinin ilerlemesi hekimlere geçmişte yapamadıkları birçok şeyi başarabilme olanağı sağlamıştır fakat bu başarılar yanında daha ciddi riskleri de getirmiştir.
- Tıbbi bakımın maliyetini sınırlandırmak için hekimlere baskı yapılmaktadır.
- Tıbbi bakım hakkıyla, sağlıklı olmak ve bunu sürdürülebilirlik hakkını karıştırmak. Bunlardan ilki sağlanabilirken ikincisi garanti edilemez.
- Hastalara, doktorların becerisi, bilgisi, davranışları ile ilgili sorular sorarak; hastaların şikayetlerini alarak hekimlere karşı güvensizliğe yol açan medyanın tehlikeli rolü
- Davalardaki artmalar sonucu oluşan defansif (savunmacı) tıbbin getirdiği dolaylı sonuçlar

2. Tıbbi yanlış uygulama ile tıbbi bakım sırasında hekimin hatası olmaksızın ortaya çıkan ters sonuç arasındaki farkın ayırt edilmesi

- Tıbbi yanlış uygulama doktorun ihmali, beceri eksikliği ve standart tedavi uygulanmaması sonucu doğrudan hastaya verilen zararı içerir.
- Tıbbi tedavi sırasında hekimin beceri veya bilgi eksikliği sonucu olmaksızın hastaya verilen, önceden görülemeyen, zararlara ters sonuç denilir. Bu durumda hekim sorumluluk taşımaz.

3. Tıbbi tedavi sırasında hastaya verilen zararın karşılanması, malpraktis veya ters sonuçlar için ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

- Eğer hekimin bir hatası olmaksızın hastada istenmeyen sonuç oluşursa kurumların bunu karşılayıp karşılamamaya karar vermesi, karşılayacaksa bunu hangi kaynaktan sağlayacağını saptaması gerekir. Ülkenin ekonomik durumu; hekime mali bir yük verilmeden, dayanışma fonlarıyla zararın karşılanmasını belirleyecektir.
- Her yargı çevresi tıbbi malpraktis iddialarının geçerli olup olmadığını değerlendirebilecek yasalar çıkarabilecek ve malpraktis söz konusu olduğunda hastaya ödenebilecek zarar miktarını değerlendirebilecektir.

4. Ulusal Tıp Birliklerinin hem hekimlerin hem de hastaların eğitimleri için aşağıdaki eylemleri değerlendirmesi ve uygulayabildiklerini uygulaması gerekir.

- Halka tıptaki yeni gelişmeleri ve bu gelişmelerin risklerini anlatan eğitim programları. Riskli tedavi görecektir hastaların "aydınlatılmış onam"ını alma gerekliliği nedeniyle mesleki eğitim programları.
- Tıptaki sorunları ve sağlık hizmetinin götürülmesindeki zorlukları, kaynak yetersizliğini halka açıklayan programlar.
- Okullarda ve diğer topluluklarda genel sağlık eğitimi programlarının desteklenmesi.
- Tüm doktorlara verilen tıbbi eğitimin nitelik ve düzeyini ve klinik eğitim deneyimini arttırmak.
- Tıbbi bakım ve tedavinin niteliğini arttırmak amacıyla hekimler için tasarlanmış programlar geliştirmek.
- Bilgi ve beceri açısından yetersiz bulunan hekimler için uygun eğitim programları düzenlemek ve bu yetersizlikler düzeltilene kadar hekimin uygulamalarının kısıtlanması.

Halkı ve yöneticileri 'savunmacı' bir tıbbin oluşmasına ve bu tıbbin getireceği zararlara karşı uyararak (Genç hekimlerin risk oranı yüksek kimi uzmanlık dallarından kaçınması vb. gibi).

- Tıbbi tedavi sırasında ortaya çıkabilen, öngörülemez ve malpraktis sonucu olmayan hastalara karşı halka eğitim vermek.
- Hasta, malpraktis olmaksızın sadece ters sonuçlar yüzünden zarara uğramışsa, hekimin yasal korunmasını desteklemek.
- Malpraktis iddialarına karşı uygulanabilecek yasa ve yargılama yöntemlerinin hazırlanmasına katılmak.
- Avukatların boş iddialarına ve olası masraf çıkartmalarına karşı aktif bir savunma oluşturmak.
- Medikal malpraktis iddialarıyla başedebilmek için yeni yargılama yöntemleri araştırmak. Örn. mahkeme yerine hakem (arabulucu) gibi.
- Hekimleri malpraktis iddialarına karşı sigortaya teşvik etmek. Ödeme hekimin kendisi tarafından veya kurumda çalışıyorsa işveren tarafından yapılabilir.
- Tıbbi tedavi sırasında malpraktis olmaksızın zarar gören hastalara uygun tazminat ödenmesi için, ilgili kararlarda danışman olarak yer almak.

İNSAN HAKLARI ve RUH SAĞLIĞI BİLDİRGESİ

İki yılda bir yapılan Dünya Ruh Sağlığı Kongresi'nin 26 Ağustos 1989'da Yeni Zelanda'nın Auckland kentinde gerçekleşen toplantısında Dünya Ruh Sağlığı Bildirgesi'nin 4. maddesi malpraktis konusuna şöyle değinmektedir: "Ruhsal ya da emosyonel hasta olarak damgalanan, tanı konan, tedavi edilen hastalar diğer tüm yurttaşların sahip olduğu temel haklara sahip olmalıdır.

Bu haklar: zorlamanın olmadığı, onurlu, insanca yaşam ve kaliteli bir tedavi görme hakkı; tedavide ayırım yapılmaması ya da politik, sosyo-ekonomik, kültürel, etnik, ırksal, dinsel, cinsiyet, yaş durumu ya da cinsel yönelimle ilgili konularda baskıların olmaması hakkı, mahremiyet ve gizlilik hakkı; kişisel mülkiyetin korunması hakkı, fiziksel ya da psikolojik kötüye kullanımdan korunma hakkı, profesyonellerin veya diğerlerinin ihmal ve ilgisizliğinden korunma hakkı, herkes için klinik durumundan yeterince bilgi sahibi olma hakkını kapsar. Tedavi hakkı hastaneye yatırılmayı ve ayaktan tedavi görmeyi ya da uygun psikososyal tedavileri içermektedir. Tıbbi, ahlaki ve yasal kurallar işlemelidir. Kendi isteği dışında tedaviye alınan hastalara da tüm haklar tanınmalıdır" (2).

PSİKİYATRİK MALPRAKTİS SAVLARININ SIKLIĞI ve CİDDİYETİ

Son 30 yıldan bu yana çok sayıda malpraktis krizleri yaşanmıştır. Ancak bunları yatrogenik sorunlardan çok, medikal malpraktis sigortası krizleri olarak nitelendirmek gerekmektedir. 1970'lerde ABD'de birçok sigorta şirketi "medikal sorumluluk sigortası" alanından çekilince, tabip odaları kendi sigorta şirketlerini kurmaya başladılar (3).

1980'lerde yaşanan malpraktis krizleriyle hekimlerin sigorta bedelleri hızla yükselmiş ve bazı yüksek risk taşıyan uzmanlık dalları için bu değer yılda 200.000 \$'a kadar ulaşmıştır. Buna bağlı olarak da yüksek risk taşıyan bazı dallarda uzmanlık eğitimine başvuru sayısı azalmıştır.

ABD'de, son değişikliklerle tıbbi mesleki sorumluluk, tazminat davaları kapsamına alınmıştır. Zarar

gören bireylerin yasal haklarını arama isteklerinde çoğalma ile birlikte doktorlar, avukatlar, muhasebeciler ve emlakçıların sorumlulukları diğer mesleklerle göre daha da artmıştır. Üreticiler malları, belediyeler de verdikleri hizmetler dolayısıyla benzer şekilde artan davalarla karşı karşıya kalmışlardır.

Çevre kirlenmesine yol açan zehirli atıklar, asbestoz, kontraseptifler ve aşular özellikle dava konusu olmaktadır. Buna karşın, otomobil sigortası, yaşam sigortası gibi alanlar görece daha durağan kalmıştır (4).

Son 30 yıldan beri medikal malpraktis nedeniyle açılan davaların sayısı ve ağırlığı artış göstermektedir. Bu konuya ilişkin bilgiler hekimler, sigortacılar ve mahkeme kayıtlarından toplanmaktadır. Ancak bazı istatistiklerde malpraktis davaları, diğer kişisel tazminat davaları (örn.; otomobil kazası ya da üretilen herhangi bir mal nedeniyle açılan davalarla birlikte ele alındığından bu durum malpraktis sıklığını ortaya çıkarmakta zorluklara neden olmaktadır (5,6).

Amerikan Tıp Birliği (AMA)'nın verilerine göre, 100 hekim başına düşen mesleki sorumluluk davası 1981'de 3.2 iken 1985'de 10.1'e yükselmiştir. 1981-1985 yılları arasında hekimlerin % 25.4'ü bir kez dava edilmiştir; 1985'de hekimlerin % 36.5'i kariyerleri boyunca en az bir kez daha edilmiştir (7). 1982-1985 yılları arasında hekimlerin sigorta primleri de yılda % 21.9 kadar artış göstermiş, 3 yıl içinde bu artış toplam % 81'e ulaşmıştır (8).

Psikiyatristlere karşı açılan davaların, tıbbın diğer dallarındaki uzmanlarla karşılaştırıldığında göre daha az olduğu görülmektedir. 1981 öncesinde her 100 psikiyatrist için açılan dava sayısı ortalama 0.6 iken, bu sayı 1985'de 2.4'e yükselmiştir (7). 1982'de psikiyatristlerin % 4'ünden fazlası Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sigortası kapsamına alınmıştır (9). 1981-1985 yılları arasında psikiyatristlerin % 10.3'ü en az bir kez dava edilmiş, bu sayı 1985'de % 15.8'e yükselmiştir (7).

Psikiyatristlere karşı görece daha az dava açılması birçok değişik etmene bağlanmıştır:

1) Psikiyatrik bozuklukların doğası, tanımı, sınıflandırılmasındaki güçlük,

- 2) Psikiyatrik sorunların orijinini saptamada zorluk, etyolojisi hakkındaki sınırlı bilgi,
- 3) Tanımlayıcı klinik standartların oluşturulmasındaki problemler, klinik teknik ve stratejilerin çokluğu,
- 4) Psikiyatrik hastaların durumlarını mahkemede açıklamadaki çekingenlikleri,
- 5) Psikiyatrik hastaların psikiyatristlerine karşı dava açmadaki isteksizlikleri,
- 6) Psikiyatristlerin hastanın negatif terapötik reaksiyonunu ya da transferansı gidermede yetenekleri,
- 7) Psikiyatrist-hasta etkileşiminde kesin kanıt ve tanık bulma problemi,
- 8) Psikiyatrik tanı ve tedavi yöntemlerinin göreceli düşük riskleri (10).

PSİKİYATRİK MALPRAKTİS KONULARI

- Genel Bakış -

Malpraktis genel başlığı altında psikiyatristlere karşı çeşitli savlar ileri sürülmesine karşın, henüz bu tür savlar için standart bir sınıflandırma yapılmamıştır. Örneğin bir özkıyım ilişkin iddia karşısında; tanımda hata, önerilerde hata, yanlış tedavi veya psikofarmakolojinin ihmal edilmesinin bildirilmesi gereklidir. Psikiyatrist hakkında dava açma; darp, iftira etme, terapötik sonuçları garanti eden kontratı ihlal etme, emosyonel distress haline kasıtlı ceza verme, hile, kasıtlı kötü takdim, sivil hak ihlalleri ve kriminal davranış gibi nedenler dışında ihmal (malpraktis) temelinde gerçekleşebilmektedir.

ABD'de 1974-1978 yılları arasında psikiyatristler aleyhinde açılan ve sonuçlanan 217 davanın % 58'inin davacıya tazminat ile sonuçlandığı ve davaların % 79'unda tazminatın 30.000 \$'ı bulduğu görülmektedir (9). 1980-1985 yılları arasında psikiyatristler aleyhine açılan davaların dağılımı şöyledir: Suisid % 21, medikasyon (yüksek doz ve bağımlılık) % 20, çeşitli (tubbi bir duruma tanı koyamama dahil) % 18, psikozun yetersiz tedavisi % 14, psikoterapi % 14, seksüel temas % 6, akıl hastanesinde tutma (EKT dahil) % 7.

Ödenen tazminatın dağılımı ise şu şekilde sıralanabilir: Suisid girişimleri % 42, EKT komplikasyonları % 16, seksüel ilişki % 16, ilaçlar % 10, psikoz tedavisinde yetersizlik % 5, psikoterapi % 3, diğer

(fizik tanıyı atlama, gizliliği ihmal vb.) % 8 (Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatrik Haberler 22:12, 1987) (11). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sigorta programı ile sigortalananmış psikiyatristlere karşı 1972-1983 yılları arasında açılan 17 davanın tümü de EKT içindi ve bunların 7'sinde tazminat ödenmiştir (9).

SUISİD ve PARASUISİD

Konular: Suisid ve parasuisid nedeniyle psikiyatristler aleyhine mesleki sorumluluk savları, uygulamada en sık rastlanılanlardır. Özkıyım ve özkıyım girişimleri ayaktan tedavi sırasında, hastanede veya taburcu edildikten sonra ya da acil serviste görülebilir. Hastanın tedavi edildiği klinik ya da hastane dışında da, kendine verdiği zararlardan dolayı psikiyatrist sorumluluk taşır.

Özkıyım ve özkıyım girişimleri için psikiyatristler aleyhine açılan malpraktis davaların bir ironik yönü de psikiyatristin, hastanın isteyerek yaptığı bu eylemden dolayı sorumluluğunun aranmasıdır. Bu nedenle hastanın kendine zarar vermesi durumunda psikiyatristin sorumluluğu ile hastanın sorumluluğu arasında gerilim ve çatışmalar doğmaktadır. Hastanın kendine zarar vermesi durumunda psikiyatristin sorumluluğu ile hastanın sorumluluğu arasında gerilim ve çatışmalar doğmaktadır. Hastanın kendine zarar vermedeki rolü psikiyatrik malpraktisin diğer biçimlerinde daha az göze çarpmaktadır.

Özkıyım davalarında mahkemeler, hastaları çocuk gibi görmeye ve kendine zarar verme dürtülerini kontrol edemeyecekleri şeklinde değerlendirmeye eğilimli iken, aynı anda psikiyatristleri kasıtlı biçimde kendine zarar verme davranışını tahmin edebilir ve önleyebilir kişiler olarak görmektedir. Sorun jürilerin ve yargıçların psikiyatristlerle hastaları bir tutmasından kaynaklanmaktadır. Bununla beraber psikiyatristlerin ve hastanelerin sigorta korumasından dolayı hekimin bir ihmali olmasa bile, ailenin acısının telafisi için, hastanın kendine zarar vermesinden psikiyatristi sorumlu tutma eğilimi vardır (12).

Benzer gerginlikler hastane ortamında da yaratılmaktadır, hastanın güvenliğini hastanede tutarak sağlamak ile hastanın kendine zarar verme riskinin artacağı kısıtlayıcı bir çevreye bırakmak arasında ol-

duğu gibi. Hastaneye yatırılan hastaların bakımında çağdaş standartları kullanırken, mahkemeler bazen uzamış ve kısıtlayıcı hospitalizasyondaki güçlü antiterapötik etkiye, hastayı topluma iade etmenin terapötik önemi kadar değer vermektedir. Suisid riski olan hastaların yarattığı klinik ikilem çok iyi bilinmektedir ve önemli yasal etkileri vardır:

Suisidi değerlendirme ve tahminde belirsizlik, kronik suicidal hastalarda veya ağır karakter patolojisi olanlarda akut suisid riskini değerlendirme, mahkemenin akıl hastanesine yatırılıp yatırılmayacağı sorusu karşısında karar verirken kendine zarar vermenin yeterli kanıtı bulunup bulunmadığına kanaat getirme, psikiyatristi ile birlikte, giderek artan hastane ayrıcalıklarının yararı ve risklerini değerlendiremeyen hastaların idaresi, suisid düşüncesini personelden saklayan hasta ile görüşmek, kaza ile kendine zarar vererek bilinçli ya da bilinçsiz şekilde personeli manipüle eden hastanın idaresi (13).

DAVA AÇILMASI

Hastanın suisid ve parasuisidi için mesleki sorumluluk, yasal nedenlerin yanısıra psikiyatristin zorunlu klinik bakım standartından sapmasına dayandırılmaktadır.

Suisid davaların yasal temelleri şunları kapsamaktadır: Suicidal durumun tanısında hata (öykü alma ve muayenede hata dahil), suisidi tahminde hata, suicidal davranış ile ilgili tablonun tedavisinde hata, tanısı konarak kestirimde bulunduktan sonra suicidal bir hastayı koruyamama ve suisid riski olan bir hastayı suiside teşvik etmek).

Davaların birçoğu, psikiyatristin hastanın kendine zarar vermesini değerlendirme, tahmin ve önlenmesi konusunda ihmal suçu bulunduğunu ileri sürer. Suicidal hastanın idaresi ve değerlendirmesinde klinik karar hatası bizzat dava edilebilir bir ihmal değildir (12).

Psikiyatristin ihmali ile hastanın gördüğü zarar arasında yasal neden-sonuç ilişkisini oluşturmak zordur. Sorumluluğun, hastanın altta yatan bozukluğuna veya hastalığı ile ilişkili olmayan iradeli davranışına ya da klinisyenin ihmaline bağlı olup olmadığı belirsiz olabilmektedir. Hastayı kendi çevresinde kont-

rol altına alma olanağının azalmasına bağlı olarak ayaktan tedavi sırasında görülen suisidler kolayca psikiyatristin ihmalciliğine atfedilemez. Ayrıca, hastaneden taburculuk ya da son psikiyatrik muayene ile suisid arasındaki zaman ne kadar uzun olursa, psikiyatriste tedavinin gidişi sırasındaki ihmal sorumluluğu o kadar az yüklenecektir (12).

Literatürde yayınlanmış çok sayıda suisid davası olmakla birlikte önemli olan birkaçını anımsatmak yararlı olacaktır. Bunlardan hastanede yatmakta iken emir veren varşanları bulunan ve kendi halinde olup diğer hastalardan uzak duran bir hasta başına yatakların arasına sıkıştırarak yarı koma durumuna girince, yetersiz gözlem ve tedavi nedeniyle 3.6 milyon dolar tazminat ödenmiştir (Pisel v. Stamford 1980) (12).

Bir diğer hastane olgusunda temyiz mahkemesi, asi ile intihar eden bir hastanın eşinin açtığı davada, jürinin psikiyatristin aleyhine verdiği kararı bozmuştur (Topel v. Long Island, 1981) (14). Davacının iddiasının aksine, mahkeme suicidal bir hastanın 15 dakikalık aralarla ya da sürekli gözlem altında tutulmasının profesyonel karar meselesi olduğuna işaret etmiştir ve aynı mahkemeye göre, doktorun hastanın sürekli gözetime karşı tepkisini ve daha az kısıtlayıcı bir tedaviden umulan yararı düşünmesi yerindedir.

Taburculuk konusunda ihmal iddiası olan bir davadaki olay ise, psikiyatri kliniğinden taburcu edildikten bir hafta sonra üzerine döktüğü gazyağı ile kendini yakarak intihar girişiminde bulunan (Bell v. Newyork City, 1982) bir adama aittir (14). İddiaya göre, tedaviyi üstlenen psikiyatrist, hastanede kaldığı sırada hastasının hezeyan ve hallusinyasyonlarını yeterince araştırmamıştı. Dikkatli muayene eksikliği gerekçesiyle, jürinin kararı temyizde bozulmuştur. Bunun tersine, bir diğer olguda mahkeme bir kadının, kocasının hastaneden psikiyatristin ihmali sonucu çıkarıldığı iddiasını reddetmiştir. Bu mahkeme "çağdaş psikiyatrik uygulamaların, bir hastanın olası her tehlike geçinceye kadar normal bir insanın etkinliklerinden soyutlanmasını gerektirmediği "yargısına varmıştır (Johnson v. United States, 1981, p.1293) (12).

Suisid davaları kimi zaman ayaktan tedavi edilen hastaların reçete edilen ilaçları yüksek dozda al-

maları ile ilgilidir. Buna ilişkin bir davada yüksek dozda amitriptilin ve perfenazin alarak ölen bir hastanın eşi, reçeteyi yazan doktoru standart tedavinin dışına çıkarak hastasının ölümüne neden olmakla suçlayarak dava açmıştır. Mahkeme psikiyatristin bir aylık dozda reçete yazarak ve hastayı izleyerek standart bakımın dışına çıkmış olmadığı yargısına varmıştır (12). Kaza sonucu ya da isteyerek kontrollü ilaçların yüksek dozda alınmasına bağlı ölümlerde bunun tersi kararlar da alınabilmektedir (Argus v. Scheppegrell, 1986) (12).

PSİKOFARMAKOLOJİ

Konular: Psikofarmakolojiyi ilgilendiren davalar ilaç üreticilerine, reçeteyi yazan doktorlara, hastanelere, eczacılara ve hemşirelere karşı açılabilir. Bu alanda psikiyatrist aleyhindeki malpraktis iddiaları özellikle ihmal temeli üzerine kurulmaktadır ancak, kimi zaman hastalardan aydınlatılmış onam alınmaması neden olarak ileri sürülmekte, kimi zaman da ayrı bir haksızlık iddiası ileri sürülmektedir. Psikiyatristler reçete yazarken çeşitli açılardan ihmal ile suçlanabilirler. Bunlar şöyle sıralanabilir:

1. Reçete yazmadan önce öyküyü uygun şekilde almamak.
2. Tedaviden önce muayene ve değerlendirme yapmamak.
3. Yanlış ilaç yazma.
4. Uygun olmayan dozda ilaç yazma.
5. Uygun olmayan süre için ilaç yazımı.
6. Yanlış uygulama.
7. Tedavi sırasında hastayı izlememe.
8. Yan etkiler ve toksisiteyi tanıyamama ve tedavi edememe.
9. İlaç-ilaç veya ilaç-besin etkileşimlerini önleyememe.
10. Uygun uzmanlara danışmama veya onlarla konsülte etmeme.
11. Yetersiz kayıt (12).

Psikofarmakolojide aydınlatılmamış onam iddiaları genellikle, ilaçların daha geç ortaya çıkan yan etkileri konusunda önceden uyarıda bulunmama nedeniyle öne sürülmektedir. Mevcut yasalara göre reçeteyi yazan doktor, ilaç üreticisi ile hasta arasında uzman bir aracıdır. Birkaç istisna dışında, ilaç üreticilerinin ilaçların yan etkileri ve toksisiteleri hak-

kında hastalardan çok doktorları bilgilendirme yükümlülükleri vardır. Hastalar ilaç üreticileri hakkında, reçete yazan doktorlara gerekli bilgiyi vermedikleri için ve doktorlar hakkında da tedavi için aydınlatılmış onam almamaları nedeniyle dava açabilmektedir (15).

DAVA AÇILMASI

Medikal uygulamaların birçoğunda olduğu gibi, psikotrop ilaçların kullanımı ve reçete edilmesi ile ilgili klinik standartlar da inceden inceye tanımlanmıştır. Tedavide ilaçların seçimi, dozaj, kullanım süresi ve izleme ile ilgili birçok önemli farklılıklar vardır. Günümüzde bu alanda birçok dava açılmaktadır. Psikofarmakolojiye ilişkin içtihat kararları en iyi biçimde, nöroleptiğe bağlı hareket bozuklukları alanında ve özellikle de tardif diskinezi ve tardif distoni ile tanımlanmaktadır. Bu konuda açılan dava sayısı azdır, ancak giderek önem kazanmakta ve milyonlarca dolarlık tazminatlarla sonlanmaktadır. Birçok davada mahkemeye başvurmadan uzlaşmakta, duruşma olmadan veya temyize başvurmadan, ayrıntıları açıklığa kavuşmadan olay sonlanmaktadır. Davalar; uygun olmayan reçete, yan etkiler için hastayı izlememe, yan etkilere tanı koyamama, tedavinin risklerini açıklamama gibi nedenlerle açılmaktadır (12).

Bu davalara birçok örnek verilebilir. Bunlardan birinde, ABD'de bir devlet hastanesinde tedavi gören mental retarde bir hastaya, yüz ve ekstremitelerinde tardif diskinezi gelişmeden önce, agresif davranışlarını kontrol edebilmek için 5 yıl süreyle antipsikotik ilaç uygulanmıştı. Buradaki ihmal; uygun endikasyon olmadan bu süre boyunca antipsikotik verme, yan etkiler için hastayı izlememe ve tardif diskinezi tanısını koyamamayı kapsıyordu. Ailesi ayrıca uzun tedavinin riskleri konusunda bilgi verilmediğini ve tedavi için izin alınmadığını ileri sürmekte idi. 760.165 \$ tazminat ödendi ve bu üst mahkemece de onaylandı (Clites v. Iowa 1982) (12).

Bir diğer davada, alkol kötüye kullanımı nedeniyle iki ay yatarak psikiyatrik tedavi gören davacı thioridazine ve daha sonra da ayaktan tedavide klorpromazin kullanmıştı. Doktorlar hareket bozukluğu sap-tayarak ilacı kesmeden önce yaklaşık dört yıl süreyle günde 600 mg klorpromazine devam etmişti. Hasta,

yüz, ağız, gövde ve ekstremiteleri kapsayan hareketlerin farkında idi ancak bunların ilaca bağlı olduğundan habersiz olduğunu söylüyordu. Hastane yönetimi uzun bir zaman süresince uygun denetim olmaksızın aşırı miktarda ilaç yazımındaki ihmali kabul etti.

Tardif diskinezi nedeniyle işlev bozukluğu gelişen davacıya yaklaşık 2.2 milyon \$ tazminat ödendi (Hedin v. U.S. 1985) ⁽¹²⁾. Antipsikotik ilaçlarla ilgili olarak psikiyatristler aleyhine açılan diğer dava örnekleri de şöyle sıralanabilir: Ani ölümle sonlandırılan iddia edilen aşırı doz (Moon v. U.S. 1981), kuadripleji ile sonlanan aşırı doz (Tucker v. Hutto, 1979), haloperidol ve klorpromazinden kaynaklandığı ileri sürülen kardiyorespiratuar ölüm (Allen v. Kaiser, 1985), klorpromazine bağlı sarılıkta tamı hatası (Brown v. City of Newyork, 1978), ciddi fiziksel zarar ile sonlanan yetersiz tedavi (Jansen v. University Hospital, 1982) ve görme kaybına neden olan aşırı dozda tiyridazin (Chasse v. Banas, 1979) ⁽¹²⁾.

Doktorlara karşı psikofarmakolojik konularda bunların dışında da pekçok dava açılmıştır. Davacıların iddiasına göre, benzodiyazepinler, birçok yararı ile birlikte, deliryum ve ani ölüm (Fleming v. Prince George's Country, 1976) ya da serebral hasara neden olmaktadır (Crooks v. Greene, 1987). Antidepresanların uygun olmayan biçimde kullanılmasına ilişkin davalar da, yetersiz dozda depresyon tedavisinin suisid girişimi ile sonlanmasının (Gowan v. U.S., 1985) yanısıra, aşırı dozun da suiside neden olmasını içermektedir (Moon v. U.S., 1981). Yine psikiyatristin verdiği lityum karbonatı iyi izlememesi nedeniyle ortaya çıkan komplikasyon dolayısıyla açtığı davayı kazanan hastalar da vardır (Wright v. Louisiana, 1986) ⁽¹²⁾. Reçete edilmiş psikotropoların etkisinde otomobil kullanan hastaların, neden olduğu kazalar sonucunda üçüncü kişilere verdikleri zararlar da, reçeteyi yazan hekimlere karşı açılan dava konularındandır.

Burada, kazansın ya da kazanmasın, davanın dayandığı yasal temeller, reçeteyi yazarken yapılan ihmal, sürücüyü uyarmama ve yolcu uyarmamayı içermektedir. Bu konuya ilişkin ilaçlar arasında, methaqualone (Gooden v. Tips, 1983), diazepam (Watkins v. U.S., 1979), flufenazin ve klorpromazin (Kirk v. Michael Reese Hospital, 1987) sayılabilir ⁽¹²⁾.

ÜÇÜNCÜ KİŞİLERİ KORUMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Uzun yıllardan beri psikiyatristler ve hastaneler, hastaların taburcu edildikten veya hastaneden kaçtıktan sonra başkalarını yaralamalarından sorumlu tutulmaktadır. Böyle durumlarda sorumluluk, taburculuk veya kaçmasına izin verme yoluyla, hastanın ihmali edilmesine dayandırılmaktadır. 1970'lerde, tıpkı hastanın bulaşıcı hastalığı nedeniyle risk altında bulunan diğer kişileri bilgilendirme zorunluluğunda olduğu gibi, ayaktan tedavi uygulanmasında bile, yaralanma olasılığı bulunan üçüncü kişileri haberdar etme yükümlülüğü getirildi. Üçüncü kişiyi korumayı amaçlayan bu yasal yükümlülük, bir terapistin hastası ile olan "özel ilişki"sinden kaynaklanmıştır.

Bir dönüm noktası oluşturan kararda Kaliforniya Üst Mahkemesi kuralı şöyle formüle etmiştir: "Terapist hastasının bir başkasına zarar verme olasılığına ilişkin ciddi bir tehlike belirlediği zaman ya da bir başka deyişle, kendi mesleki standartlarına uygun olarak bu tehlikeyi belirlediğinde, kastedilen mağdurun korunabilmesi için uygun tedavi ve korumayı uygulamakla yükümlüdür (Tarasoff v. Regents, 1976, s.340) ⁽¹²⁾.

Üçüncü kişiyi koruma görevini yerine getirmede ana sorun, hastanın davranışını tahmin etme ve değerlendirmedeki zorluktur. Özellikle ayaktan tedavi ortamında şiddet prevalansındaki düşüklük, akıl sağlığı uzmanları tarafından şiddetin önceden tahminini zorlaştırmaktadır. Keza, mahkeme kararı ile yatışlar dışında, terapistler şiddet riskini saptasalar bile ayaktan tedavi hastalarına nisbeten daha az kontrol muayenesi uygulamaktadırlar.

Bu durum aynı zamanda, üçüncü kişiye karşı görev ile klinisyenin etik ve belki de yasal sorumlulukları arasında, tedavinin gizliliğini koruma açısından çelişkilere neden olmaktadır. Bununla beraber, üçüncü kişinin durumu açığa vurması ile tedaviye verilecek olası bir zarar, eğer bu gereklyse, hastanın rızası ile ve hasta ile birlikte ya da hastanın yardımıyla üçüncü kişi ile iletişim kurularak en alt düzeye indirilebilir ⁽¹⁶⁾. Kimi zaman, başkaları ile ilişki kurma gereği terapötik avantaja da dönüşebilir. Olguların çok büyük çoğunluğunda ise terapistler üçüncü kişiye ilişkin yasal sorumluluklarını, bu kişiyle ilişkiye

başvurmadan yerine getirirler. Tarasoff olayı sonrasında ruh sağlığı uzmanlarının, potansiyel olarak tehlikeli hastaların idaresinde, anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir. Bu konuda terapistlerin zamanla daha ılımlı hale gelecekleri görülmekte ise de; klinisyenlerin çoğu hala mağduru korumaktan çok, uyarma görevinin yasal zorunluluğunu yanlış anlamaktadır (12).

Ülkemizde ise durum, Türkcan ve ark. olgusunda olduğu gibi, kimi zaman daha karmaşık bir yapı göstermektedir (17). Bir psikolog tarafından değerlendirilen ve psikoterapi uygulanmakta iken eşini öldürmeye ve intihara kalkışması sonrasında adli psikiyatri kliniğine gönderilen psikotik bu olgudaki yanlışlıklar dizisi; özel bir polikliniğe başvuran hastanın karşısına psikoloğun çıkması, hastanın danıştığı kişinin yeterliliğini sorgulamamış olması, psikotik bir olguda psikoterapi ile yetinilmesi, saldırgan davranıştan sonra da aynı psikologdan yeterliliği tartışılmadan tanık olarak kanaat istenmesi şeklinde sıralanmaktadır.

DAVA AÇMA

Hastaların taburcu edildikten sonra gösterdikleri şiddet eylemleri ile ilgili olarak psikiyatristler ve hastaneler aleyhine çok sayıda dava açılmıştır. Bu olgularda davacılar, hastalarının taburcu edilme kararında ihmal bulunduğunu iddia etmektedirler. Oysa kimi olgularda ise hasta taburculuktan aylar sonra bile saldırganlık göstermemektedir.

Tarasoff olayından sonra, ayaktan tedavi sırasında üçüncü kişiyi korumada ihmal bulunduğunu iddia eden çok sayıda dava açılmıştır. Bu davalar terapistin, hastasının başkalarına karşı göstereceği şiddet riskini farkedememesi ya da bu kişileri hastaya karşı yeterince koruyamamasına ilişkindir. ABD'de birçok eyalette mahkemeler Tarasoff doktrini'ni özel bir durum olarak kabul etmekte ve uygulamaktadır (McIntosh v. Milano, 1979). Bazıları ise bu doktrini özel bir durum olarak görmemektedir (Leedy v. Hartnett, 1981) (12).

Terapistlere karşı açılan davalar, hastaların belirli kişiler yerine, halka yönelik şiddet eylemlerini de içermektedir. Bir mahkeme terapistin koruma görevini topluma kadar genişletmişse de (Lipari v. Sears, Ro-

ebuck 1980), diğer mahkemeler sorumluluğu bu düzeyde tutmayı kabul etmemektedir (Thompson v. Alameda, 1980) (12).

Bir hastanın, başkalarının malına zarar verme tehdidinde bulunmasının klinisyenin yasal sorumluluğuna neden olup olmayacağı sorunu da "Vermont" davasıyla gündeme gelmiştir. Ayaktan tedavi görmekte olan bir hasta terapi seansı sırasında babasının çiftlik ambarını yakmakla tehdit eder ve ardından da orasını yakar. Ailenin tazminat talebini karara bağlarken Vermont Üst Mahkemesi, terapisti mülkün zarar görmesinden çok, ebeveyn yönünden sorumlu bulmuştur. Mahkeme kundaklamayı, "çevrede bulunan insanları ölümlü tehdit eden bir şiddet eylemi" olarak görmüştür (Peck v. Counseling Service, 1985, p.424) (12).

Bu alandaki sorumluluğa ilişkin belirsizliklere yanıt olarak ABD'de birçok eyalet ruh sağlığı profesyonelleri için yasalar çıkarmıştır. Bazı davalarda bu hükümler, klinisyenin üçüncü kişileri korumadaki yasal sorumluluğunu belirlemektedir. Buna karşın genellikle, hasta belirli bir mağduru tehdit ederse ya da o kişiyi korkutacak biçimde davranırsa, yasalar klinisyeni üçüncü kişiyi koruyamama sorumluluğuna karşı savunmaktadır; ancak terapist hastanın yatırılmasını sağlayarak, mağduru haberdar ederek ve/veya polisle temas kurarak şiddet olayına karşı uygun önlemler almalıdır.

Kimi yasalar da, bu sorumluluktan kurtulmak için iyi niyetli çabaları sırasında gizliliği bozmak zorunda kalmaktan, terapisti bağışık tutar. Yine de bu hükümlerin ayaktan tedavi olan hastaların şiddet göstermesini azaltması ya da davacının kararını değiştirme olasılığı kuşkuludur. Ayrıca, marjinal durumlarda bu yasalara fazla bel bağlamak, savunmacı uygulama biçimiyle tedaviyi gereksiz yere engelleymektedir (12).

TÜRK CEZA YASASI'NDA MALPRAKTİS

Türk Ceza Yasası'nda taksirle (kusurla) meydana gelen hareketler açıklanmıştır. Tedbirsizlik, dikkatsizlik, meslek ve san'atta acemilik, nizamata (kurallar), evamir (emirler) ve talimata (yönergeler) riayetsizlik şeklinde belirtilen bu hareketler, taksirin hareket unsurunu meydana getirmektedir (18).

Tıp sanat ve bilimini uygulayan hekimin fiillerinde bu hareketler, çeşitli özelliklerle görülmektedir.

a- Tedbirsizlik

Tedbirsizlik genel bir ifade ile, belirli bir sonucun meydana gelmesine engel olabilecek önlemleri almamak suretiyle ihmali bir durumun korunması, şeklinde tanımlanmaktadır (19). Tedbirsizlikte, mantıki ihtimallere göre meydana gelebilecek olan zararlı sonuçlardan kaçınılmaktadır. Bu kaçınmama ile failin gerçekleştirilebileceği hareket yerine getirilmemekte, hareket etmek görevi altında bulunan kimşenin bunu yapmaması ile cezalandırılabilen ihmal meydana gelmektedir.

Failin tedbirsizliğinden sözedebilmek için, müşterek tecrübeden doğan hukuki bir yükümlülüğün bulunması gerekmektedir. Fakat bu yükümlülük veya görevin yetkili merciler tarafından konulan normlara değil, mesleğin gerektirdiği genel ilke ve kurallara dayanması zorunludur, çünkü normlara uymamada artık tedbirsizlik değil, nizamata ve evamire uymama söz konusu olacaktır.

Tıbbi müdahalenin çeşitleri ve geniş kapsamı içinde birçok tedbirsizlik ve ihmal örneklerine rastlanmaktadır. Hastalığın tanısı ve tedavisi için zorunlu olan hareketin yapılmaması genel nitelikteki örneği oluşturduğu gibi, hastanın tedavisinde organizmasının özelliklerinin incelenmemesi, verilen ilacın doğurabileceği komplikasyonların dikkate alınmaması, ilacın nasıl kullanılacağı ve etkilerinin, olası temel tehlikelerinin bildirilmemesi, hastanın mümkün olduğu ölçüde gözetim altında bulundurulmaması hep tedbirsizlik teşkil etmektedir (18).

b- Dikkatsizlik

Dikkatsizlik kısaca, dikkati gerektiren hususlarda gerekli dikkat ve özeni göstermemek şeklinde tanımlanabilir. Hekimin dikkatsizliği, tıp biliminin ilke ve kuralları ile uyuşmayan hareketlerle düşünce ve dikkat sınırlarının aşılması durumunda söz konusu olmaktadır (18).

c- Meslek ve san'atta acemilik

Meslek ve san'atta acemilik, bir meslek ve sanatın

yürütülmesi için gerekli olan bilgi ve teknik yeteneklerin eksikliğini belirtmektedir. Hekimin acemiliği ile tıp uygulaması için gerekli olan bilgi ve teknik yeteneklerden yoksunluk anlaşılmaktadır. Acemiliğin kıstasının saptanması, taksirde sonucun öngörülmesi kavramı ile yakından ilgilidir. Taksirde öngörme hareketi yapan faile göre saptanmaktadır.

Bu nedenle asgari bilgilerden eksiklik temel kıstas olarak kabul edilmelidir. Asgari bilgi, tıp bilim ve uygulamasına ayrılmaz derecede bağlı temel bilgileri ifade etmektedir (18). Fakat bu kıstas, failin niteliklerine göre değişebilir nitelikte kabul edilmeli ve somut olaydaki hekimin özelliğine göre değişebilmelidir.

Kıstasın bu şekilde değerlendirilmesinden bazı sonuçlar çıkarılmaktadır. Bu sonuçlar, acemilik olarak kabul edilemeyecek durumları göstermektedir: Olağanüstü kabiliyetin eksikliği, tıp biliminde kesin kural olarak kabul edilmemiş uygulamaya başvurulması, en tecrübeli hekimlerin kaçınmadıkları tereddüt, belirsizlik ve değerlendirme yanlışlıkları acemilik sayılmamaktadır (18).

d- Nizamata, evamir ve talimata riayetsizlik

Bu hareket şekli, kişiyi belirli bir hareket tarzını izlemeye zorlayan hukuk kurallarına aykırı hareket edilmesini ifade etmektedir. Tıbbi müdahalelerde bu taksir çeşidine birçok sağlık yasa ve yönetmeliklerinde rastlanmaktadır. Nitekim Umumi Hıfzısıhha Kanunu, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ve Hususi Hastaneler Kanununda hekime yüklenen görevlerin ihlalinden zararlı bir sonucun meydana gelmesi durumunda taksir ortaya çıkmaktadır. Aynı şekilde hastane veya benzer sağlık kuruluşlarının iç yönetimi ile ilgili kurallara uymama da taksir teşkil etmektedir (18).

Taksirin genel ilkelerine uygun olarak, tedaviden dolayı meydana gelen zararlı sonucun istenmemiş olması, iradenin buna yönelmemiş bulunması gerekir. Sonucun iradi olması halinde artık taksirden değil kasttan sözedilecektir. Sonucun iradi olmaması gerekliliğine karşılık öngörülebilir nitelikte olması aranmaktadır. Bu nitelik, yasa tarafından kişilere yüklenen dikkat ve ihtimam görevinin bir sonucudur; dikkat ve ihtimam görevi kendine bağlı olarak

bir imkanı gerektirmektedir, çünkü kişilerden ancak belirli bir imkan çerçevesindeki görevin yerine getirilmesi istenebilir. Meydana gelen zararlı sonucun öngörülebilir nitelikte olup olmaması hareketi yapan hekimin niteliklerine, tecrübesine, bilgisine, fiziki durumuna göre saptanacaktır.

Böylece bir sağlık ocağı hekimi tarafından sonucun öngörülebilir olup olmaması ile öğretim üyesi olan bir hekim ya da modern bir hastane hekimi tarafından sonucun öngörülebilir niteliği arasında fark bulunacaktır (18).

Tıbbi müdahalelerde sonucun her zaman kesin olmayışı ve belirsizliği de bir ilke şeklinde belirlemektedir. İnsan bedeninin özelliğinden ileri gelen bu belirsizlik, tıp biliminin benimsediği bir risk olarak kabul edilmekte ve hekimin, hakkının sınırları çerçevesinde hareket ettiği kusursuz durumlarda, zarara neden olan sonuçlardan sorumluluk doğmamaktadır. Fakat hekimin kusurlu davranışlarına hastanın ve diğer hekim veya sağlık personelinin katılmasında illiyet (nedensellik) bağının saptanması gerekmektedir. Hekimin dikkatsizliği dolayısıyla verdiği bir ilacın, hasta tarafından, önerilen dozdan daha fazla alınması sonucu ölümün meydana gelmesinde illiyet rabitası var mıdır? Veya hekimin ihmali hareketi ile hastabakıcının tedbirsizliğinin birleşmesinde sorumluluk nasıl saptanacaktır? Bu gibi sorular üçüncü şahıs ve mağdur gözönüne alınarak çözümlenmektedir (18).

Tıbbi müdahalelerde mağdurun durumu da özellik taşımaktadır. Hastanın organizmasının özelliği, hastalığın gelişimi ve hastanın tedavinin gereklerine uyup uymaması, illiyet bağını etkilemektedir. Hekimin kusurlu olmadığı durumda, hastanın tedaviye uymaması veya beden yapısının özelliği dolayısıyla ölüm meydana gelse dahi maddi illiyet bağı bulunmadığını önceden belirtmek gerekir. Acaba hekimin kusurlu olduğu anlarda, hastanın ölmesi halinde sorumluluk mutlak mıdır? Yoksa hastalığın zaten ölümle sonlanabilecek nitelikte olması ya da hastanın tedaviye uymaması illiyet bağını kesecek midir?

Bu gibi istisnai durumlarda hekimin hareketi ile sonuç arasındaki illiyet bağının bulunmadığı ileri sürülmüştür. Buna göre şayet hekim kusursuz dav-

ranışı ile dahi bu sonucun meydana gelmesini önleyemeyecek idi ise artık illiyet bağından söz edilemez. Gerçekten bu varsayımda hekimin kusurlu hareketi, meydana gelen bir sürece sadece katılmakta fakat bunu olumlu ya da olumsuz yönden etkileyememektedir. Muhtelit (Karma) uygunluk kıstasındaki objektif değerlendirme safhası bu durumda gerçekleştirilmemektedir (18).

ÖNLEM

Hastalara verilen iyi bir klinik bakımın yerini tutacak başka bir şey bulunmadığı sürece, psikiyatrist psikiyatrik uygulama sırasında her zaman sorumluluk risklerine karşı dikkatli olmalıdır. Ancak bu durum, hastadan çok doktorun çıkarına hizmet eden "Savunmacı" uygulamayı gerektirmez. Daha doğrusu, hem hastalar hem de klinisyenler yukarıda gözden geçirilen yüksek riskli durumlara yönelik bir risk yönetiminden yarar görürler.

Burada en önemli genel klinik stratejiler şunlardır:

1. Terapötik uyuma dikkat etmek
2. Diğer hekimler ve uzmanlarla konsültasyon
3. Hastanın tıbbi kayıtlarında önemli bilgi ve kararların mutlaka yer almasını sağlamak. Hiçbir klinik stratejinin açılacak davaları önleyememesine karşın, bu tür çabalar kişinin kendini başarı ile savunmasına yardımcı olmaktadır (12).

Genel tıptaki uygulamalar gibi psikiyatrideki uygulamalar da kişilerarası ilişkilerde dikkat gerektirir. Psikiyatristler aleyhindeki davaların birçok nedenle açılabilmesine karşın, davalar genellikle geçmişe veya o ana ait doktor-hasta ilişkisindeki sorunları yansıtmaktadır. Hastalar genellikle psikiyatristlerini sadece tedavinin ters etkilerinden dolayı dava etmezler; örneğin hekimin davranışı veya yaklaşımı, hastanın dava açma kararını kolaylaştırabilir.

Psikiyatristlerin eğitimleri ve deneyimleriyle, şaşkın, hayal kırıklığı içinde, ihmal edilmiş, öfkeli ya da kederli hastalar ve aileleri ile, diğer doktorlara göre, daha iyi başa çıkabilmesine karşın; psikiyatristler yine de hastalarında bu tür reaksiyonları beklemeli, farkına varmalı ve mücadele etmelidir. Hasta ile psikiyatristin tedaviden beklentilerinin farklı olması ve (hasta ile psikiyatristin) rollerini yanlış anlamaları

da, klinisyen tarafından düzeltilmesi gereken konulardandır. Hasta ile ilgi ve iletişimin eksikliği, sadece tedavinin ilerlemesinde sınırlamalara yol açmakla kalmaz, aynı zamanda klinisyen aleyhinde dava açılması için bir potansiyel oluşturur. Bu faktörlere gösterilecek dikkat, hasta ve ailesinin tedavinin beklenmeyen sonuçları ve komplikasyonlarıyla başa çıkmasına olanak sağlayacaktır; aksi takdirde süratle davalar açılacaktır.

Diğer psikiyatristlerle konsültasyon, hastanın düzelmesini hızlandıracağı gibi, sonradan "yetersiz" veya "uygun olmayan" tedavi suçlamasına karşı savunmaya da yardımcı olacaktır; ancak psikiyatristlerin çoğu konsültasyon isteme konusunda gönülsüzdür. Bu şekildeki konsültasyonlar resmi veya gayresmi olabileceği gibi, tek ya da devamlı da olabilir, psikiyatri içindeki alt dallarla, örneğin psikofarmakolog gibi, yapılacak konsültasyon, ağır mental hastalarla başa çıkmada özellikle değer taşıyacaktır.

Muhtemelen dava açılması açısından bakıldığında, bu tür konsültasyonlar psikiyatristin legal standartların gerektirdiği klinik bakımı sağladığının göstergesi olduğu gibi, hastayı uygun şekilde tedavi etmek için iyi niyetle çaba harcadığını da göstermektedir. Bununla beraber yardımcı ve konsültan psikiyatristler, hastalar ve birbirleri tarafından, bireysel rolleri ve sorumluluklarının yanlış anlaşılmasından dikkatle kaçınmalıdırlar. Keza klinisyenin, konuya ilişkin yasaları bilmiyorsa psikiyatrik bakımın legal yönlerinde deneyimli psikiyatrist ya da avukatlarla temas kurması yararlı olacaktır (12).

Klinik bakıma ilişkin yeterli belgelemenin önemi gözardı edilemez. Yetersiz kayıt tutma sadece yargılamada kendini savunmayı güçleştirmekle kalmaz, davacının avukatının ve bilirkişinin dosyayı inceler incelemeyi davayı açmasına neden olur. Gerçekte dosyalama, psikiyatrik bakım standardı için gereklidir; baştan savılacak basit zevksiz bir kırtasiyecilik değildir, tıbbi personel dışında biri bu iş için görevlendirilemez. Klinisyenler genellikle, geçmiş psikiyatrik öykü, pozitif ve negatif işaret ve belirtiler, hasta ve üçüncü şahıslarla telefon konuşmaları, ilaç değişiklikleri ile tekrarlamaları ve herşeyden önce tedavi planı ile klinik kararları içeren klinik verileri kaydetmenin önemini kavramamaktadır.

Hastaneye yatırma, izinler, taburculuk ya da ilaç değişikliği gibi önemli klinik kararları "kağıt üstünde yüksek sesle düşünmek gibi" risk-yarar temelinde kaydetmek, psikiyatristin hastaya sorumluluk içerisinde yaklaşımda bulunduğu değerli bir göstergesi olacaktır. Bu bilgiler olmadığında olayı yargılayan kimse, verilen klinik kararlar için ancak spekülasyon yapabilir. Davalarda prensip; "eğer bir şey kaydedilmemişse, o gerçekte olmamıştır" şeklindedir. Genel olarak, tıbbi kayıtlarda belgelemenin çok da hacimli olmasına gerek yoktur, ancak hastanın tedavisini aradığı özel sorunlara yönelmelidir.

Herhangi bir risk alma durumunda olduğu gibi, psikiyatristler davadan önce sorumluluk sigortasının koruması altında olmalıdır. Bu özellikle çalışma yerini değiştiren psikiyatristler için önemlidir, çünkü daha önceki sigortaları onları izlemeyebilir. Bir dava durumunda iddialar savunma avukatını belirleyecek olan sigortaya hemen bildirilmelidir. Bildirmede hata, sigorta güvencesini tehlikeye sokar. Sanık psikiyatrist ayrıca ücretini kendi ödeyerek bir avukat tutabilir. Sanık, davacının avukatı ile temastan kaçınmalıdır. Bu alandaki literatürün gözden geçirilmesi psikiyatristlere, kendi savunmalarını hazırlamalarında yardımcı olacaktır (12).

Sonuç olarak şunları söyleyebiliriz: Hekimin her müdahalede yeterliliği ve eğitimi esastır. Hekim yeteneklerinin ve mesleki gücünün sınırlarının farkında olmalı, "herşeye gücü yeter" tutumlardan kaçınmalıdır (20).

Türk Hukuk Sistemine göre, tıp mesleğinin doğal risklerinden olan ve hemen her hekimin düşebileceği hatalar ve özellikle tanı yanımları dışındaki hekimin yanlış hareketi "hakkın kötüye kullanılmasını" oluşturur ve hukuka aykırı sayılır (21).

Hukuk sistemimizin tıba duyduğu bu güvenin, yukarıda belirttiğimiz Dünya Tıp Birliği'nin ve Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu'nun "Malpraktis"e ilişkin önerilerinin dikkate alınması, kısacası tıbbi etik ve tıbbi deontolojiye duyulacak saygı ile pekiştirilmesinin, kanımızca hem hastalarımız hem de meslektaşlarımız için sayılamayacak yararları bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Statement on Medical Malpractice. Adopted by the 44th World Medical Assembly, Marbella, Spain, September 1992. In: Physicians, Patients, Society. Human Rights and Professional Responsibilities of Physicians in documents of international organizations. pp. 58-59. The World Psychiatric Association geneva initiative on psychiatry. Amsterdam-Kiev 1996.
2. Sevinçok L (çev): İnsan Hakları ve Ruh Sağlığı Bildirgesi Psikiyatri Bülteni, 3:142-43, Hekimler Yayın Birliği, 1992.
3. Posner JR: Trends in medical malpractice insurance 1970-1985. Law and Contemporary Problems. 49:37-56, 1986.
4. Huber P: Injury litigation and liability insurance dynamics. Science, 128:31-36, 1987.
5. Zuckerman S, Koller CF, Bovbjerg R: Information on malpractice: a review of empirical research on major policy issues. Law and Contemporary Problems. 49:85-112, 1986.
6. Danzon PM: The frequency and severity of medical malpractice claims: new evidence. Law and Contemporary Problems 49:57-84, 1986.
7. American Medical Association: Professional liability. Citation 54:90, 1987.
8. American Medical Association Board of Trustees: Report of the special task force on professional liability and insurance and the advisory panel on professional liability. JAMA 257:810-12, 1987.
9. Slawson PF, Guggenheim FG: Psychiatric malpractice: a review of the national loss experience. Am J Psychiatry 141:979-81, 1984.
10. Fishalow SE: The tort liability of the psychiatric. Bull Am Acad Psychiatry Law 3:191-230, 1975.
11. Kaplan HI, Sadock BJ: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sixth Edition. Williams and Wilkins. Page 2749, 1995.
12. Wettstein RM: Psychiatric Malpractice. In: Review of Psychiatry. Tasman A, Hales RE and Frances AJ (eds). American Psychiatric Press, Washington DC. Vol. 8, Ch. 19, pp.392-406, 1989.
13. Gutheil TG: Medicolegal pitfalls in the treatment of borderline patients. Am J Psychiatry 142:9-14, 1985.
14. Wettstein RM: Specific Issues in Psychiatric Malpractice. In: Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Edited by Rosner R. Chapman and Hall, Newyork, Sec 4, Ch 31, pp.227-31, 1994.
15. Slawson P: Psychiatric malpractice: Recent clinical loss experience in the United States. Medicine and Law 10:129-38, 1991.
16. Roth LH, Meisel A: Dangerousness, confidentiality and the duty to warn. Am J Psychiatry 134:508-11, 1977.
17. Türkcan S, Soysal H, Uygur N: Tehlikeli hastanın tedavi sorumluluğu: Etik Yaklaşım. Nöropsikiyatri Arşivi 4:209-12, 1995.
18. Bayraktar K: Hekimin tedavi nedeniyle cezai sorumluluğu. Sermet Matbaası, İstanbul s.211-25, 1972.
19. Dönmezer S, Erman S: Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku. 8. baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul, Cilt: II, s.287-89, 1983.
20. Yüksek N: Psikiyatride İlaç Tedavisi. 3P Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi. Cilt: 2, Ek Sayı: 2 Etik'in Işığında Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji. s.45-9, 1994.
21. Dönmezer S, Erman S: Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku. 8. baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul, Cilt: II s.56-57, 1983.